



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 3 2 / 2 0 1 6

(Sección 1ª)

La Laguna, a 27 de abril de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 111/2016 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Comunidad Autónoma. La solicitud de dictamen, de 5 de abril de 2016, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo en la misma fecha. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

2. El objeto del presente dictamen trae causa del que fuera objeto de nuestro Dictamen 47/2016, de 18 de febrero, en el que se concluía la falta de adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución formulada entonces, debiendo retrotraerse las actuaciones en los términos señalados en el Fundamento IV.2 del dictamen emitido, al que nos remitimos.

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

II

Pues bien, como ya indicamos en nuestro dictamen anterior, en el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su persona el daño por el que reclama [art. 31.1.a) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC)], si bien en este caso actúa mediante representación, acreditada en el expediente, de (...) (art. 32 LRJAP-PAC).

Asimismo, el órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar de conformidad con lo dispuesto en el art. 142.5 LRJAP-PAC, pues, sin perjuicio de que no se han consolidado las secuelas al tiempo de reclamar -de hecho, continúa la situación de baja del reclamante- el 5 de enero de 2010 se realizó el juicio diagnóstico sobre el que se sustenta la reclamación. En relación con tal daño, se presentó la reclamación ante la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el 21 de septiembre de 2010, si bien, previamente, se había presentado reclamación en impreso oficial ante la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios el 6 de abril de 2010, de la que se dio traslado a la Dirección del Área de Salud de Tenerife el 12 de abril de 2010. Con fecha 7 de mayo de 2015, se remite al interesado del informe de valoración del Centro (...), que se envió el 4 de mayo de 2010 a la antedicha Oficina.

III

1. En cuanto al objeto de la reclamación y la tramitación del procedimiento hasta su primera remisión a este Consejo Consultivo, nos remitimos a lo señalado en el ya indicado Dictamen 47/2016.

2. Posteriormente, y como consecuencia del contenido de este Dictamen, constan realizadas las siguientes actuaciones:

- El 1 de marzo de 2016, se solicita informe complementario al Servicio de Inspección y Prestaciones, que se emite el 4 de marzo de 2016.

- El 7 de marzo de 2016, se concede trámite de audiencia al reclamante, que recibe notificación de ello el 9 de marzo de 2016. En fecha 28 de marzo de 2016, presenta por correos escrito de alegaciones.

- Con fecha 1 de abril de 2016, se dicta Propuesta de Resolución desestimando la pretensión del interesado.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación del interesado, lo que fundamenta en los informes recabados a lo largo de tramitación del procedimiento, en especial, los emitidos por el Servicio de Inspección y Prestaciones, por la inexistencia de nexo causal entre el daño por el que se reclama y el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Como se señala en la Propuesta de Resolución, como se argumentaba adecuadamente, han de distinguirse los diferentes elementos en los que el reclamante fundamenta su pretensión resarcitoria para fundamentar la adecuada actuación de la Administración sanitaria en relación con cada uno de ellos.

a) Por un lado, se alega por el interesado la existencia de error de diagnóstico en (...), donde, haciendo caso omiso de las indicaciones urgentes de su médico de cabecera, por quien fue allí remitido, se perdió un tiempo necesario para emitir el diagnóstico correcto, no realizando las pruebas necesarias a tal fin.

En este sentido, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, de 27 de enero de 2014, señala que, en contra de lo afirmado por el reclamante, consta en el informe de Urgencias del (...) que se le practicó prueba radiológica en la que no se hallaron condensaciones pulmonares, cuya ausencia, según la literatura médica en las radiografías de tórax, descarta básicamente el diagnóstico de neumonía.

Por ello, presentando el paciente un cuadro de malestar general, fiebre de 38°C de 12 horas de evolución, orofaringe hiperémica, y no apreciándose en la referida radiografía de tórax condensación ni derrame alguno, tal cuadro era compatible con la rinofaringitis viral diagnosticada inicialmente.

Los síntomas de neumonía viral a menudo comienzan de manera lenta y es posible que no sean significativos al principio. Se realiza un examen físico completo y una radiografía de tórax, ya que el examen físico no siempre puede diferenciar la neumonía de una bronquitis aguda o bien de otras infecciones respiratorias, como ocurre en el caso examinado, una rinofaringitis viral con fiebre de 38°C. Por ello se le practicó una radiografía de tórax al paciente, que resultó anodina, y se le pautó tratamiento compatible con ese cuadro así como control por su médico de cabecera y el especialista de zona.

Por otra parte, señala el referido informe del Servicio de Inspección y Prestaciones:

«(...) esta enfermedad es un proceso evolutivo y como tal tiene fases. La sospecha diagnóstica está basada en la presencia de síntomas y signos, información recabada del propio paciente, sus antecedentes familiares y personales, exploración física y estudio de pruebas complementarias que sean precisas. Por tal motivo, no debe confundirse un retraso o un incorrecto diagnóstico supuesto con la toma de decisiones a medida que la enfermedad va conformando su sintomatología en el paciente.

Cuando no existen los síntomas suficientes o la prueba de imagen no es concluyente, como en el caso examinado, que haga sospechar la patología que posteriormente se observará (en este caso, en las 24 horas siguientes), no es prudente determinar el ingreso de un paciente.

Una vez conocido el diagnóstico definitivo de una patología y siempre a posteriori, es posible determinar toda la pauta de tratamientos, indicaciones y recomendaciones, incluidas las hospitalarias».

De todo ello se concluye que en (...) fue correctamente valorado, se le realizaron las pruebas adecuadas, y, en función de los resultados de las pruebas y de la sintomatología del paciente en cada momento, se efectuaron los diagnósticos y tratamientos adecuados, sin que se aprecie vulneración de la *lex artis ad hoc*.

b) Por otra parte, se denuncia por el reclamante la complicación de su enfermedad por contraer infección nosocomial durante su estancia en la UVI tras haber sido remitido al Hospital Universitario de Canarias (HUC).

Ciertamente, consta que el paciente, ante los resultados de una nueva radiografía practicada y disnea progresiva, es diagnosticado de neumonía y remitido, el día 19 de noviembre de 2009, al HUC, donde ingresa en UCI.

A este respecto, como se señala en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones al que nos venimos refiriendo, consta en la historia clínica del paciente que, tras una semana de ingreso en la UVI con tratamiento por neumonía viral, se aísla *staphylococcus aureus meticilín* resistente (MRSA) en frotis, que empeora por sobreinfección bacteriana por el microorganismo *acinetobacter baumannii*.

En relación con ello, se señala:

«Las infecciones virales más graves pueden ocasionar insuficiencia respiratoria, como ocurrió en el caso examinado. Algunas veces la sobreinfección bacteriana ocurre durante, o justo después de la neumonía viral, lo cual puede conducir a formas más complicadas de neumonía, como efectivamente ocurrió con (...) Si además presentan dificultad para respirar, pueden ingresar en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para tratamiento que incluye intubación orotraqueal y ventilación mecánica siendo el principal recurso terapéutico de estos pacientes. Se constata que en España, uno de cada 100 enfermos hospitalizados con neumonía es ingresado en UCI.

La Jefa de Servicio de Microbiología y Medicina Preventiva emite informe de 10 de febrero de 2015, dando respuesta a las dudas planteadas por Asesoría Jurídica en relación con el posible origen y causa de las infecciones intrahospitalarias contraídas por el reclamante, que no se debieran a la neumonía de la que era portador. De esta manera, explica que las infecciones nosocomiales son aquellas que el paciente no presentaba ni estaban en período de incubación antes de entrar en contacto con ambiente sanitario.

La mayoría de ellas se producen a partir de la flora bacteriana que coloniza al paciente en su piel, mucosas o tracto digestivo, siendo el origen extrínseco o ambiental mucho menos probable».

Y continúa:

«El paciente que nos ocupa ingresó directamente en la Unidad de Cuidados Intensivos del HUC por la gravedad de su cuadro respiratorio. Como factor de riesgo intrínseco presentaba obesidad, y tuvo que ser sometido a maniobras terapéuticas que potencialmente podrían facilitar la adquisición de una infección hospitalaria (folio nº 812 del EA).

Por su parte, el informe de 16 de diciembre de 2015 emitido por la Jefe de Servicio de Medicina Intensiva, expone al respecto que los Microorganismos Potencialmente Patógenos (MPP) se encuentran inicialmente en la orofaringe y en el tracto gastrointestinal del paciente antes de que se produzca la infección, existiendo 15 MPP que causan la mayoría de las

infecciones. La gravedad de la enfermedad es el factor más importante en el paso de estado de portador de flora normal a flora anormal. En este enfermo, en estado grave, la orofaringe se colonizó precozmente por flora anormal hospitalaria. El riesgo de esa colonización por MPP nosocomiales dependía de la gravedad y no de la estancia hospitalaria. La administración de antibióticos por vía sistémica, produce un incremento moderado de adquirir el estado de portador de MPP.

Estas dos circunstancias han contribuido como factores de riesgo más importantes para que el paciente se le aislara un MPP: gravedad extrema y tratamiento antibiótico por vía parenteral. A pesar de las medidas preventivas utilizadas en los protocolos de actuación elaborados por el Servicio de Medicina Preventiva del HUC e implementados en UVI con los tres proyectos a los que se han incorporado: Bacteriemia-zero, Neumonía-zero y actualmente en Resistencia-zero que establecen las pautas a seguir en los Servicios de Medicina Intensiva para la prevención de las infecciones nosocomiales en UCI».

Además, se señala en la Propuesta de Resolución:

«El SIP en su informe de 4 de marzo de 2016, vuelve a mostrar su conformidad con el informe de la Jefa de Servicio de Medicina Intensiva. Considera correcto que la gravedad del paciente en UCI y el tratamiento antibiótico administrado, fueron factores de riesgo importantes para que en el paciente surgiera el paso de portador de flora normal a ser portador de flora anormal; es decir, pasar de albergar en orofaringe y sistema gastrointestinal, flora patógena en potencia, a proliferar flora netamente patógena y dañina por infectiva durante la estancia del paciente en la UCI.

Esto es lo que sucedió en el paciente. Este sería portador de MRSA (microorganismo potencialmente patógeno normal) y, como ya se expuso en el informe del SIP de 21 de diciembre de 2015: cuando un paciente está ingresado por una infección su sistema defensivo-inmunológico está debilitado, y en consecuencia, microorganismos que conviven con él, o en él, proliferan, adquiriendo el estatus de infectivos. Esto es lo que sucede con el germen MRSA que en algunos pacientes está alojado en la mucosa nasal y/o en la piel, a la espera de que su huésped se debilite, para desarrollarse y multiplicarse».

Es decir, que fue la propia situación de debilidad del paciente por su neumonía de base, junto con la presencia en su propio organismo del germen *staphylococcus aureus* y el sometimiento al tratamiento antibiótico suministrado, lo que llevó a que el mismo contrajera la sobreinfección nosocomial, sin que ello se deba en absoluto a la falta de adecuación de la actuación sanitaria a los protocolos existentes.

En relación con la correcta aplicación de los protocolos relativos a las infecciones nosocomiales, también resultan claros los informes recabados durante la tramitación del procedimiento, recogidos en la Propuesta de Resolución.

Así, por su parte, el Jefe de Servicio de la UCI del HUC, en su informe de 8 de agosto de 2013, indica que dicho Servicio está integrado en dos proyectos que pusieron en marcha el Ministerio de Sanidad junto con la Sociedad Española de Medicina Crítica, con el objetivo de prevenir las infecciones nosocomiales vinculadas a la prestación sanitaria de su pacientes críticos. Estos proyectos son los denominados BACTERIEMIA ZERO Y NEUMONÍA ZERO, en los que oficialmente se ha integrado el HUC. Junto con este informe se incorporan al expediente los protocolos de actuación a este respecto, que son contemplados por el Servicio de UCI del HUC y que, por tanto, fueron aplicados en la asistencia prestada al reclamante.

Asimismo se señala en el informe de la Jefa de Servicio de Medicina Intensiva, de 16 de diciembre de 2015, que el protocolo de actuación de la insuficiencia respiratoria aguda grave en pacientes con neumonía viral primaria por el virus de la gripe A en UCI -elaborado desde el Ministerio de Sanidad con el grupo de trabajo se la Sociedad Española de Medicina Intensiva- se aplicó al paciente (...) durante su ingreso en UCI del HUC, en todas las pautas establecidas por el mismo, según consta en los comentarios acerca de su evolución que figuran en los folios nº 337-353 del expediente y las correspondientes a los tratamientos (folios nº 355-409 del expediente).

Por tanto, dado lo expuesto, y tal como acertadamente recoge la Propuesta de Resolución, tampoco se aprecia responsabilidad alguna de la Administración por la infección nosocomial adquirida por el paciente durante su estancia en UCI del HUC, pues se debió a su propia neumonía de base, la antibioterapia, su obesidad, todo lo cual contribuyó a que la bacteria alojada en su propio organismo, dada su debilidad, proliferara, a pesar de haberse aplicado correctamente todos los medios establecidos en los protocolos relativos a la evitación de las infecciones nosocomiales.

3. Por último, reclama el interesado por el perjuicio estético sufrido en el mentón (cicatriz), tras habersele causado una herida que se imputa a la incorrecta manipulación de su intubación por el personal sanitario.

A este respecto, se argumenta correctamente en la Propuesta de Resolución que el daño producido no es consecuencia de una incorrecta actuación de los servicios sanitarios, sino que se justifica por la necesaria posición del paciente estando intubado. Y es que, como se argumenta en la Propuesta de Resolución, siguiendo los informes recabados:

«Por el empeoramiento que sufre debido a la neumonía viral, se compromete la respiración del paciente, motivo por el cual se decide su intubación orotraqueal. Durante la estancia en la UCI, y debido a la patología de base y a la sobreinfección bacteriana que padece con posterioridad, el paciente sufre un Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto (SDRA) o Síndrome de Distress Respiratorio Agudo.

Este síndrome se desencadena como respuesta inflamatoria sistémica de comienzo agudo, cuya consecuencia es una reacción inflamatoria difusa y severa del parénquima pulmonar (...).

Como parte del tratamiento médico para el SDRA, con fecha 20 de noviembre de 2009 se decide su colocación en decúbito prono (folio nº 244 EA), posición destinada a mejorar su función respiratoria, puesto que facilita el intercambio gaseoso. Esta posición se mantiene 48 horas sin movilización. Transcurrido este plazo, por orden médica se coloca en decúbito supino, con la prescripción médica de: “minimizar cambios posturales”, y decidiendo nueva pronación un día después. Con fecha 25 de noviembre consta en registro de enfermería: “no movilizar por orden médica” (folio nº 246 del EA).

Con fecha 26 de noviembre, el personal de enfermería registra la aparición de “lesión en mentón de grado II”, (folio nº 246 del EA). Esta lesión aparece por mantener la presión en este punto durante un tiempo continuado. A la necesidad de mantener la posición de prono para mejorar la función respiratoria, se le une la prescripción médica de no movilización de la cabeza debido a que según la posición de la misma se produce un acodamiento del tubo orotraqueal comprometiendo el intercambio de gases a través del mismo (folios nº 247 y 248 del EA).

El día 1 de diciembre de 2009 se comienza a movilizar al paciente, iniciando las curas de la lesión, que se realizan con carácter diario (folios nº 355 a 365 del EA)».

Por ello, tampoco es imputable a la asistencia sanitaria el daño estético por el que reclama el interesado (cicatriz en el mentón), sino que se debió al tratamiento adecuado y necesario ante su síndrome de distress respiratorio del adulto, y, en todo caso, fue adecuadamente curado posteriormente.

Por todo lo expuesto hasta aquí, no puede sino concluirse que en todo momento la actuación sanitaria dispensada al paciente fue conforme a la *lex artis ad hoc*, que, tal y como ha venido la jurisprudencia de nuestro Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 19 de abril de 2011), es en el ámbito sanitario el criterio que determina la existencia o no de responsabilidad de la Administración. Por tanto, no son imputables a la Administración los daños por los que reclama, que fueron producto de la propia enfermedad del reclamante y, en todo caso, adecuadamente resueltos en la asistencia recibida.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, pues, no concurriendo los elementos necesarios para la imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria en cuanto a los daños por los que se reclama, procede desestimar la reclamación formulada por (...).